

タイサポ ご紹介シート

ハートフルナビ専用

FAX : 043-301-6899 (記入後こちらにFAXしてください。)

ご依頼元	事業所名等		担当者名	
	TEL		FAX	
	入居希望日		住所	
希望する施設条件	希望エリア			
	要望・条件			
	入居・転居理由			

相談者 (キーパーソン)	氏名		本人との続柄		<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居
	連絡先		住所			
	備考					

ご本人 基本情報	氏名		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
	要介護度		負担割合		生年月日		
	申請状況・想定			住所			
	認定調査日		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	( )	
	居宅事業所		ケアマネ名				
備考							

医療 基本情報	入院日		入院経緯				
	既往歴						
	必要医療行為	<input type="checkbox"/> インシュリン ( <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 要介助 回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 眠 ) <input type="checkbox"/> たん吸引 ( 回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 眠 ) <input type="checkbox"/> 褥瘡 (場所: _____ 処置: _____ ) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器					
	備考						
	認知症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> 前頭側頭葉型 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
備考							
特記事項	<input type="checkbox"/> 麻痺 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 四肢 ) <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
備考							

ADL	意思疎通	<input type="checkbox"/> 理解力あり <input type="checkbox"/> 簡単な内容のみ理解可 <input type="checkbox"/> 理解力なし	備考	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	

費用面	予算	一時金		万円		備考	
		月額(医療介護費含む)		万円/月			
	生活保護	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	管轄		担当者名	
保証人	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	備考				

備考							
----	--	--	--	--	--	--	--

個人情報同意	有料老人ホーム等介護施設の見学に活用する為の個人情報の提供に同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない						
--------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--